ITEM 85 : EPISTAXIS

Epistaxis = écoulement sanglant provenant des cavités nasales : très fréquent, généralement bénin

Anatomie

Muqueuse des fosses nasales = **muqueuse pituitaire** : fine, au contact direct du squelette, richement vascularisée
Vascularisation artérielle : dépend de la carotide externe et de la carotide interne, avec de nombreuses anastomoses
- **Artère sphénopalatine** (= artère principale des fosses nasales) : branche terminale de **l'artère maxillaire interne** (issue de la carotide externe) → 2 branches :
  . **Artère des cornets** (externe) → **artère du cornet moyen** et **du cornet inférieur**
  . **Artère de la cloison** (interne) → **artère du cornet supérieur** et **artères septales**
- **Artère de la sous-cloison** : branche de **l'artère faciale** (issue de la carotide externe), vascularise la partie antéro-inférieure de la cloison, s'anastomose avec l'artère de la cloison et les rameaux de l'artère ethmoïdale antérieure
- **Artères ethmoïdales** = branches de l'**artère ophtalmique** (issu de la carotide interne) : issue de l'orbite, passe dans les trous ethmoïdaux, traverse la lame criblée et atteint la partie haute des fosses nasales → **artère ethmoïdale postérieure** (région olfactive de la muqueuse) et **a. ethmoïdale antérieure** (portion pré-turbinale de la paroi externe et sinus frontal)
- **Tache vasculaire de Kiesselbach** = zone d'anastomose des 3 systèmes artériels (ethmoïdale antérieure, sphénopalatine et faciale) : située à la partie antérieure du septum nasal → principale zone d'épistaxis essentiel

Diagnostic

Epistaxis bénigne	= Ecoulement peu abondant, goutte à goutte par la narine, au début presque toujours unilatéral - Rhinoscopie antérieure facile après mouchage : siège du saignement généralement à la tache vasculaire - Sans retentissement sur l'état général
Epistaxis grave	- **Abondance** : évaluée par le caractère bilatéral ou antéropostérieur de l'épistaxis et le retentissement général (fréquence cardiaque, pression artérielle, sueurs, pâleur) - **Durée** ou **répétition** d'épistaxis - Pathologie pouvant être décompensée par la perte sanguine : **coronaropathie, sténose carotidienne…** - **Troubles de la coagulation** : prise d'anticoagulant ou antiagrégant…
C	- Contexte : âge, atcds (HTA, atcds hémorragiques, pathologies cardiovasculaires, maladies hématologiques, insuffisance hépatique, maladie de Rendu-Osler), prise de médicament, durée/abondance de l'épisode - **Côté de début** de l'épistaxis (rarement bilatéral d'emblée) - Recherche d'un saignement postérieur par **examen du pharynx à l'abaisse-langue** - **Examen ORL = rhinoscopie si possible** et **examen pharyngé** après évacuation des caillots par mouchage : abondance, poursuite/arrêt de l'épistaxis, siège antérieur ou postérieur, origine localisée ou diffuse - Possible **larmes sanguinolentes** (par communication via le canal lacrymo-nasal), ou otorragie si perforation tympanique préexistante : n'est pas un signe de gravité - DD : **hémoptysie** (lors d'un effort de toux) ou **hématémèse** (par la bouche, lors d'un effort de vomissement)
Bio	- Si épistaxis abondante : **groupe Rh, RAI, NFS, hématocrite, bilan d'hémostase**

Etiologie

Locale

Traumatique (fréquente)			**= Corps étranger, perforation septale, post-opératoire** (chirurgie rhino-sinusienne, intubation nasale), **accident** (nasal, fracture des os du nez ou du 1/3 moyen de la face)
	Cas particulier		- Epistaxis et fracture de l'étage antérieur de la base du crâne : **fracture fronto-basale** et **rhinorrhée cérébrospinale** (épistaxis qui « s'éclaircit ») - Epistaxis et exophtalmie pulsatile : **fistule carotido-caverneuse (gravissime)**
Infectieuse			**- Rhino-sinusite aiguë** (rarement)
Tumorale	Bénigne	**Fibrome naso-pharyngien**	= Principalement chez le garçon de 7 à 15 ans - **Epistaxis récidivant** et **obstruction unilatérale** - **Tumeur hypervascularisée arrondie** → biopsie contre-indiquée - PEC : **TDM injecté + IRM** → **exérèse chirurgicale** après **embolisation**
		- Angiome de la cloison	
	Maligne		**- Carcinome épidermoïde** (**fosses nasales, sinus**), **UCNT du cavum, mélanome muqueux**

Générale

HTA	= Peut être la cause de l'épistaxis ou aggraver une autre cause
Maladie vasculaire	- **Maladie de Rendu-Osler** : angiomatose hémorragique familiale, autosomique dominante, à expressivité variable → télangiectasies - **Rupture d'anévrisme carotidien intra-caverneux**

<table>
<tr><td rowspan="3">Etiologie</td><td rowspan="2">Générale</td><td rowspan="2">Maladie hémorragique</td><td>Perturbation de l'hémostase primaire</td><td>- Vascularite : purpura rhumatoïde, purpura immuno-allergique et infectieux
- Thrombopénie/thrombopathie : constitutionnelle (Willebrand, Glanzmann…), iatrogène (aspirine, AINS, antiagrégant) ou acquise (insuffisance rénale, hémopathie)</td></tr>
<tr><td>Perturbation l'hémostase 2ndr</td><td>- Congénitale : hémophilie
- Acquis : traitement/surdosage en anticoagulant, insuffisance hépatique, CIVD, fibrinolyse</td></tr>
<tr><td colspan="2">Epistaxis essentiel</td><td colspan="3">- Facteurs favorisants :
. Grattage, exposition solaire, phénomène vasomoteur
. Facteur endocrinien : épistaxis pubertaire, prémenstruelle, de la grossesse
. Athérosclérose
➝ Endoscopie des fosses nasales systématiquement recommandée à la recherche d'une autre cause</td></tr>
<tr><td rowspan="6">TTT</td><td colspan="5">HEMOSTASE LOCALE</td></tr>
<tr><td colspan="4">- 1ère mesures systématiques : mouchage énergique (élimine les caillots), tête surélevée et légèrement penchée en avant, compression bidigitale simple de l'aile du nez pendant 10 minutes
- Localisation de l'hémorragie par endoscope rigide 0° ou 30° avec source de lumière froide : PEC différente si épistaxis antérieur localisé à la tâche vasculaire ou localisation non déterminée (postérieure, diffuse…)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Localisation à la tache vasculaire (antérieure)</td><td colspan="3">= Principalement épistaxis bénigne du sujet jeune par ectasie vasculaire :
- Compression par un tampon hémostatique possible</td></tr>
<tr><td>Cautérisation de la tâche vasculaire</td><td colspan="2">= Si épistaxis persistant et localisation antérieure bien déterminée :
- Après AL par xylocaïne ± naphazolinée (effet vasoconstricteur)
- Méthode chimique : nitrate d'argent en perle ou liquide, acide chromique
- Méthode électrique en 2nd intention : à la pince bipolaire
➝ Non bilatérale et simultanée : risque de perforation de la cloison nasale</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Localisation non déterminée (postérieure, diffuse…)</td><td colspan="3">Escalade thérapeutique :
- Tamponnement antérieur en 1ère intention, si insuffisant, hospitalisation pour :
- Tamponnement antéro-postérieur / sonde à double ballonnet si échec ou récidive
- Coagulation/embolisation de l'a. sphénopalatine si échec/récidive
- Ligature de l'artère éthmoïdale antérieure si échec ou récidive
Après tamponnement antérieur : PEC ambulatoire possible avec consultation ORL à 48h
➝ Les tamponnements sont à éviter (hors extrême urgence) en cas de tumeur maligne ou de fibrome nasopharyngien : risque d'entraîner des lésions hémorragiques supplémentaires</td></tr>
<tr><td>Tamponnement antérieur</td><td colspan="2">= Maladie assis, après lavage des fosses nasales si besoin
- Anesthésie locale : xylocaïne 5% + naphazoline (☠Contre-indiqué chez l'enfant < 6 ans)
- Introduction à la pince d'une mèche grasse de 2-5 cm de large, enfoncée jusqu'à la partie postérieure de la fosse nasale, puis tassée en accordéon d'arrière en avant jusqu'à la narine, contention de l'extrémité antérieure par un ruban adhésif sur l'orifice narinaire
- Retirée après 24-48h (après correction des facteurs favorisant)
➝ En cas de coagulopathie ou d'angiomatose diffuse (Rendu-Osler) : préférer une mèche résorbable (Surgicel®) pour éviter la reprise du saignement à l'ablation de la mèche</td></tr>
<tr><td>Tamponnement antéro-postérieur au ballonnet</td><td colspan="2">- Ballonnet postérieur introduit dégonflé dans la cavité nasale, suivant le plancher nasal, puis gonflé au sérum physiologique à une pression suffisante pour arrêter le saignement
- Ballonnet antérieur gonflé dans le vestibule narinaire pour isoler la fosse nasale
- Laissé en place pendant < 72h, dégonflé progressivement toutes les 6-8 heures après 24-48h</td></tr>
<tr><td>Méchage antéro-postérieur</td><td colspan="2">= Uniquement par un spécialiste ORL, douloureux (souvent AG nécessaire)
- Introduction par la narine d'une sonde molle, jusqu'au pharynx, où son extrémité est repérée et tirée par la bouche à l'aide d'une pince, fixation à l'extrémité des 2 long fils reliés à un tampon de gaze serré, introduit par voie buccale, puis sonde retirée par le nez et blocage du tampon dans la choane (aidé par un doigt qui le guide derrière le voile et dans le cavum)
- Y associer un tamponnement antérieur en maintenant une traction sur le tamponnement postérieur, et fils des tampons noués devant l'orifice narinaire</td></tr>
</table>

TTT	**HEMOSTASE**	Autre	Hémostase de l'artère sphéno-palatine	- **Coagulation par voie endo-nasale** - **Embolisation en radiologie interventionnelle**
			Hémostase de l'artère ethmoïdale antérieure	- **Ligature chirurgicale** par **voie canthale** ➝ Embolisation contre-indiquée : branche de la carotide interne = risque d'OACR ou d'AVC
	Mesures associées		- PEC symptomatique : oxygénothérapie, réhydratation/remplissage/transfusion si besoin - **HTA** (persistante après avoir tari l'hémorragie et calmé le patient, par anxiolytique si besoin) : **traitement antihypertenseur** rapide adapté - Traitement d'un éventuel surdosage en AVK (cf. question spécifique) - **Antibioprophylaxie** par **Augmentin®** en cas de tamponnement non résorbable laissé en place pendant > 48h, poursuivi pendant **5 jours** après déméchage	